

Baracska Község Önkormányzata
2471 Baracska, Kossuth Lajos u. 29. Tel.: 22/454-050, Fax: 22/454-052

SZAKVÉLEMÉNY
a települési ápolási támogatás megállapításához/felülvizsgálatához

(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki!)

I. Ápolat személy

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

II. Szakvéleményem szerint fent nevezett személy fogyatékosága/betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama:

3 hónapnál hosszabb, vagy

3 hónapnál rövidebb.

Dátum:

.....
háziorvos aláírása
munkahelyének címe

P. H.

***Tartósan beteg az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.**